

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1932

N°
628

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

Henri SAMAMA

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né à Nice, le 19 Novembre 1905

SUR UN CAS DE SYPHILIS OSSEUSE

AVEC

FRACTURE SPONTANÉE DU RADIUS

Notions sur l'allergie syphilitique

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE GIBERT

30, BOULEVARD ST-MICHEL

PARIS

1932

Année 1932

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

Henri SAMAMA

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né à Nice, le 19 Novembre 1905

SUR UN CAS DE SYPHILIS OSSEUSE

AVEC

FRACTURE SPONTANÉE DU RADIUS

Notions sur l'allergie syphilitique

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE GIBERT

30, BOULEVARD ST-MICHEL

PARIS

1932



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÆPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNEO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MM.
	MATHIEU.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri).
Pathologie chirurgicale	BROCO.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Oto-rhino-laryntologie	HALPHEN.
Pathologie médicale	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie expérimentale et comparée...	TROISIER.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LÉVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrège.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Mère

A mon Père

A tous les Miens

A mes Amis

A mon Président de thèse

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Que nous remercions vivement et
respectueusement de l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant de présider
cette thèse.

A mes regrettés Maîtres

Monsieur le Professeur LECÈNE

Monsieur le Docteur LÉRI

Monsieur le Docteur AUCLAIR

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Stage

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur LEJARS

Externat

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

» » LECÈNE

Monsieur le Docteur AUCLAIR

» » ETIENNE BERNARD

» » ANDRÉ LÉRI

» » LOUSTE

A Monsieur le Docteur FERNAND LAYANI

Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a guidé dans notre travail.

Qu'il veuille bien accepter ce témoignage de toute notre reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Nous présenterons un cas de fracture spontanée du radius au cours d'une S. méconnue chez un malade dont l'atteinte du système osseux en fut la seule manifestation.

Nous envisagerons à son sujet, d'une part comment les localisations osseuses se rattachent à la syphilis, quels diagnostics on peut discuter à leur sujet, d'autre part comment le cas présenté entre dans le cadre général de la S. en prenant comme base les notions actuelles de l'allergie syphilitique.

DIVISION DU SUJET

1° LA SYPHILIS OSSEUSE EN GÉNÉRAL.

- 1) *Au point de vue anatomo-pathologique et clinique.*
- 2) *Au point de vue radiologique.*

2° OBSERVATIONS. DIAGNOSTICS RADIOGRAPHIQUES QUI SE POSENT.

3° L'ALLERGIE SYPHILITIQUE.

- 1) *La notion d'allergie.*
- 2) *L'allergie au cours de la S.*
- 3) *Sa recherche par l'intra-dermo réaction.*

4° CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

LA SYPHILIS OSSEUSE

« Les os, dit Fournier, composent un des systèmes les plus éprouvés par la S. d'une part chacun sait avec quelle fréquence ils sont affectés dans la période tertiaire de la S. Par ordre numérique, ils figurent au troisième rang des manifestations du tertiarisme, le premier étant accaparé de haute main par le système osseux et le second par le système cutané.

« D'autre part, les accidents osseux de la S. ne prennent pas seulement place dans l'état tertiaire. Fréquemment, bien plus fréquemment qu'on ne le croit en général, ils constituent un des modes d'expression de la S. secondaire ».

Les affections syphilitiques des os sont connues depuis fort longtemps. Signalons au point de vue historique, que déjà, en 1555, Vigo et Fallope parlaient de tumeurs scuirheuses, de nodosités, de gommès, qui sans aucun doute peuvent être rattachées à la syphilis osseuse.

En 1851, Ricord a relaté un exemple de gommès du canal médullaire. Les deux radius du malade avaient été

le siège de douleurs ostéocopes. Le radius droit offrait un renflement assez considérable.

Mais il faut attendre 1881, avec Lancereaux, pour que les affections des os dans la syphilis acquise soient bien suivies et bien exposées. A peu d'intervalle, elles sont étudiées par Dufour, Gosselin, et après lui, Virchow, qui ont beaucoup insisté sur la sclérose osseuse ; Cornil et Ranvier qui étudient :

L'ostéo-périostite simple ;

L'ostéite raréfiante ;

La gomme des os (ostéite gommeuse de Virchow et Volkmann) en distinguant les gommes circonscrites ; le tissu osseux creusé par la gomme présente tous les caractères de l'ostéite raréfiante ;

Les gommes diffuses aboutissant à des excavations profondes.

Mauriac a appelé, l'un des premiers, l'attention sur les manifestations précoces de la S. osseuse en particulier sur les périostites. Ce qui distingue les affections tardives c'est leur localisation sur un petit nombre de points du squelette, et loin de tendre la résolution elles sont sujettes à modifier profondément la texture de l'os, à le raréfier, à le scléroser, ou à le déformer. Quant au processus de réparation, c'est lui qui rend si complexe les aspects de la S. osseuse. « Le processus de réparation, dit Mauriac, dépasse souvent le but ; il hypertrophie, il condense, il éburne la substance osseuse..... C'est le mélange des

lésions du processus destructeur et de celles du processus réparateur qui rend si complexe les altérations syphilitiques du système osseux ».

Nous n'avons pas l'intention de retracer ici d'une manière complète l'histoire de la S. osseuse, mais nous avons voulu simplement voir comment s'est dégagée la conception actuelle. Quelle est cette conception ? Au point de vue étiologique, on admet deux grandes causes :

La prédilection de la S. pour le tissu osseux ;

La malignité de la S. et l'absence ou l'insuffisance de traitement.

Dans certains cas, on a pu incriminer l'hérédité, un rachitisme ancien, d'après Spilmann, pour faciliter le développement de telles lésions. Enfin le traumatisme qui créerait le « locus minoris resistentiae ».

Au point de vue anatomo-pathologique, deux catégories de lésions pour Finger :

D'une part, des lésions inflammatoires de caractères banals, simples périostites ou plus souvent ostéo-périostites pouvant aboutir par suite des phénomènes de réparations à de l'ostéite ossifiante et de l'ostéite raréfiante (Ostéoporese).

D'autre part, des lésions gommeuses de caractères spécifiques. Gomme pouvant siéger sous le périoste (Ostéopériostite gommeuse) ou dans le canal médullaire (Ostéomyélite gommeuse).

Cliniquement, on peut opposer les lésions syphilitiques

osseuses secondaires se traduisant par des ostéalgies profondes ou superficielles, ou par des petites nodosités du périoste, aux lésions de syphilis tertiaires qui revêtent trois formes :

La syphilis hyperostosante — avec augmentation du volume de l'os et sa déformation. Puis tuméfaction, os bosselé, noueux, donnant à la diaphyse une forme en fuseau renflant les épiphyses en forme de massues.

La S. nécrosante rare ;

L'ostomyélite gommeuse.

Nous n'avons, jusqu'ici, que volontairement parlé de la S. osseuse au cours d'une S. acquise. Nous ne dirons que quelques mots des lésions de la S. héréditaire. Elles peuvent reproduire toutes ces formes mais se voient surtout de 6 à 12 ans, ont été observées jusqu'à 28 ans, et sont l'exception mais existent plus tardivement. Elles sont dominées, comme l'a dit Broca, par le fait que :

1° La S. produit des lésions spécifiques tardives ;

2° Elle a, comme d'autres intoxications mais à un degré extrême, une action dystrophiante qui se caractérise par une tendance aux malformations pendant la vie intra-utérine, pendant la vie extra-utérine par une insuffisance d'accroissement dont l'infantilisme peut être le dernier terme.

Résultats radiographiques.

On ne saurait trop souligner actuellement l'importance des acquisitions faites par la radiologie dans le domaine osseux :

D'une part, les précisions apportées dans le diagnostic des formes anatomiques, d'autre part les découvertes d'importantes lésions congénitales et de lésions acquises tardives, souvent latentes à l'examen direct.

Nous résumerons successivement la S. acquise et la S. héréditaire.

Syphilis acquise.

Nous distinguerons :

La S. précoce — parmi les ostéalgies, périostites et périostoses, seules ces dernières peuvent donner des images radiographiques qui se traduisent par des épaissements opaques, circonscrits, en plaques, rendant inégale la surface osseuse surtout au niveau des diaphyses des os longs, sur le crâne, les clavicules et les côtes. Elles se différencient des exostoses de croissance qui sont beaucoup plus saillantes au siège de préférence au niveau du cartilage de conjugaison.

La Syphilis tardive.

1° au niveau des os longs, à l'inverse de la tuberculose osseuse, elle atteint surtout la diaphyse. D'une façon générale, la radiographie doit faire penser à la S. toutes les

fois que sont associées des lésions d'hyperostose et de raréfaction osseuse. On peut distinguer :

a) Ostéopériostite simple :

L'aspect radiographique est disproportionné avec les signes cliniques, la substance osseuse néoformée entoure la diaphyse, fait disparaître l'architecture fine de l'os et donne une image opaque doublant parallèlement la corticalité. Parfois elle paraît constituée de plusieurs couches successives. L'os a un contour irrégulier et bosselé, le canal médullaire est en général diminué de calibre mais difficilement perceptible.

b) Ostéopériostite gommeuse.

Le périoste néoformé paraît voussure en certains points. Il existe des plages claires à limite externe en général imprécise, bordées au contraire vers le canal médullaire par une ligne sombre. Ces plages, quelquefois multiples, peuvent donner un aspect ouaté significatif que peuvent simuler certaines ostéites sporotrichosiques (Hanriot et Weis).

c) Ostéomyélite gommeuse.

La gomme détruit le tissu osseux et le rend perméable aux rayons. Nous aurons donc une image claire en plein centre de l'os, circulaire en générale, à contours assez irréguliers, entourée d'une zone opaque d'ostéite condensante. Cette image existe rarement à l'état isolé, le plus souvent elle est associée à de l'hyperostose donnant une déforma-

tion en gigot ou en fuseau. Cette association bouleverse complètement la texture de l'os. Son aspect ne peut être confondu qu'avec celui des myelomes multiples.

d) Enfin l'ostéite fibreuse.

De connaissance plus récente. L'os est augmenté de volume ; il existe des travées opaques longitudinales et transversales circonscrivant des zones claires donnant une structure en mosaïque de Westmann qui rappelle l'image de l'ostéodystrophie fibreuse de Recklinghausen, mais ici l'ostéite fibreuse est strictement localisée.

2° Au niveau des os plats, nous citerons la S. du crâne de connaissance ancienne donnant des ostéites, soit de la table externe rare, soit de la table interne, bien précisées par Leri et Cottenot qui ont décrit trois types de lésions : des hyperostoses et ulcérations qui sont généralement combinées et des nodules gommeux.

La S. du bassin : les lésions consistent en périostites et exostoses.

3° Au niveau des os courts la S. est plus rare. Il existe deux localisations particulières :

La dactylite syphilitique se distingue du spina-ventosa tuberculeux par la présence d'hyperostose, et du spina-ventosa sporotrichosique par l'opacité de son hyperostose.

Le mal de Pott syphilitique — il existe une raréfaction osseuse des corps vertébraux. C'est surtout sur le siège cervical et les signes cliniques concomitants que se fait ce diagnostic assez rare.

Syphilis héréditaire.

Seule la syphilis héréditaire précoce donne des images particulières, elle a surtout été bien étudiée par Wegner et par Parrot, et dans le domaine radiologique par Fraenkel. Nous ne ferons que citer ses trois types de lésions :

l'ostéochondrite et ses trois degrés ;
la périostite ossifiante ;
et les raréfactions osseuses.

Telles sont, dans leurs lignes essentielles, les grands symptômes de la S. osseuse telle qu'elle est conçue actuellement. Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une étude complète de cette localisation de la spécificité, mais elle nous suffira pour chercher dans quel cadre rentre le malade que nous allons présenter.

Cette observation nous a été fournie dans le service de M. le docteur Pichon, que nous tenons à remercier ici, et qui nous a permis et facilité la présentation qui fait l'objet de notre thèse. Nous associons à ces remerciements M. Pham, interne du service, et M. Schwartz, externe, pour leur collaboration amicale.

CHAPITRE II

OBSERVATION

Monsieur H... P..., âgé de 56 ans, entre à l'hôpital pour douleurs de l'avant-bras gauche et du genou droit.

L'interrogatoire nous apprend que les premiers symptômes constatés par le malade remonteraient à juin 1931. Début sans causes apparentes, sans traumatismes d'aucune sorte, le malade ressent une douleur au niveau de l'avant-bras gauche qui rapidement en quelques jours devient très aiguë. C'est une douleur, nous dit-il, continue, sans paroxysme, empêchant tout sommeil, s'exacerbant au moindre frottement, à tout mouvement. Malgré tout, à cette époque, le malade se traite lui-même en prenant une dose moyenne de 6 comprimés d'aspirine par jour, qui suffit à amener une amélioration passagère.

Six mois plus tard, en janvier 1932, apparition aussi brusque de nouvelles douleurs au niveau des deux clavicules, douleurs très violentes, très aiguës, « qui me tenaient les os », nous dit le malade qui ne peut nous les décrire autrement. A cette époque, M. H... va consulter

sans être traité autrement que par des calmants, ces douleurs sont étiquetées rhumatoïdes. Cette douleur disparaît au bout de deux mois.

En mai 1932, nouvelle localisation. Cette fois, c'est le genou droit qui est en cause. La douleur est bien localisée par le malade en un point précis au niveau du condyle interne. La marche est encore possible au moyen d'une canne, non sans éveiller de violentes crises douloureuses. Puis l'apparition du gonflement ; la marche devenant de plus en plus pénible, le malade vient consulter et entre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Docteur Pichon, en septembre 1932.

Telle est l'histoire racontée nettement par le malade : douleurs très intenses d'apparition relativement récente (14 mois) chez un homme relativement âgé (56 ans) sans rémissions ni accalmies, et qu'il localise très bien au système nerveux.

A l'examen clinique on constate :

Avant-bras gauche : une tuméfaction nette de la moitié de l'avant-bras et du dos de la main. La peau ne présente aucune lésion ; aucune modification de température et de couleur. Il existe en outre un œdème du dos de la main. A la palpation on sent les contours irréguliers des deux os de l'avant-bras. Cette palpation est très douloureuse dans l'ensemble mais particulièrement en un point à 4 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne, la pression arrache un cri au malade.

Les mouvements actifs et passifs de l'articulation sont possibles mais limités et pénibles.

Il n'existe pas de ganglions sus-épitrochléens.

Genou droit : on est tout de suite frappé par l'augmentation de volume de l'articulation. La jambe est en demi flexion. L'articulation n'est pas chaude, la peau garde un aspect normal. Il n'existe pas de circulation collatérale. A la palpation, on ne trouve pas de choc rotulien, la rotule est peu mobilisable latéralement, pas d'épaississement des culs-de-sac synoviaux, par contre augmentation nette des deux os surtout du plateau tibial. Toute la palpation est sensible, mais le maximum siège sur la face interne du condyle fémoral, un peu au-dessus de l'interligne articulaire.

L'extension complète n'est pas possible. Très douloureuse, elle atteint difficilement 80°. La flexion se fait mal, l'amplitude des mouvements ne dépasse pas 45°.

Il existe des ganglions inguinaux des deux côtés, à gauche un ganglion plus gros, dur, du volume d'une grosse noisette.

On complète alors cet examen par un examen général qui ne révèle rien de particulier.

L'état général est bon, malade apyrétique, aspect floride qui contraste avec un amaigrissement de 13 kilogs qui nous est révélé. Son poids actuel est de 74 kilogs pour une taille de 1 m. 60 environ.

Appareil digestif — l'appétit est conservé. Les selles sont normales. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Appareil pulmonaire — normal.

Appareil cardio-vasculaire — La tension artérielle est 14 et demi — 8 au Vaquez. Le cœur est normal. L'auscultation de l'aorte ne révèle aucun trouble.

Système nerveux — Aucun stigmate d'éthylisme que le malade nie d'ailleurs complètement.

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes sont normaux.

Antécédents personnels.

Nous interrogeons alors soigneusement le malade et nous apprenons qu'il ne se souvient d'aucune maladie, même dans son enfance, et adulte il a ignoré tout accident vénérien.

Toutefois, il nous apprend peu à peu avoir souffert de céphales et ceci depuis une date indéterminée ; il a toujours été ainsi, nous dit-il, ce sont des céphalées tenaces débutant le matin au réveil pour durer toute la journée et se répétant très fréquemment. En août 1912, le malade exerçait alors le métier d'égoutier ; surpris par le changement de température, par la fraîcheur des égouts, il est pris d'une violente céphalée, doit rentrer chez lui et quelques heures plus tard, coma. Il serait resté à cette époque pendant deux à trois mois en perdant toute connaissance

de ce qui s'est passé alors. Ses parents ne l'ont renseigné ni sur le diagnostic alors posé, ni sur le traitement institué.

En 1925, il subit une castration partielle. Son testicule gauche ayant augmenté de volume, étant douloureux, on aurait posé le diagnostic de tumeur. L'ablation faite, on rassure le malade sur l'origine de « cette tumeur » et de ses conséquences, et on lui fait une prise de sang qui aurait été positive à cette époque. Néanmoins, le malade néglige le conseil qui lui est donné de suivre un traitement.

Antécédents familiaux.

Le malade est marié, père de trois enfants bien portants. Sa femme n'a jamais fait de fausses couches spontanées.

Le père est mort à 50 ans d'une crise de délirium tremens.

Sa mère est morte à 60 ans n'ayant jamais été malade.

Deux frères tués à la guerre.

Quatre sœurs bien portantes.

Devant un tel tableau clinique, devant les renseignements fournis par l'interrogatoire qui précise ces impressions cliniques, on fait un examen du sang qui nous donne: un Heicht fortement positif, une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

La calcémie donne 0,100 mmgr.

Il a été fait une intra-dermo réaction au sérum de cheval qui est restée négative.

Le système osseux est alors examiné radiologiquement et on a pu constater les signes suivants :

Résultats radiographiques :

La lésion la plus typique est constituée par celle de l'avant-bras gauche.

La radio montre un aspect vermoulu moucheté de tout le radius. En son tiers moyen, il existe une fracture : le trait dessine sur le fragment inférieur une concavité tournée vers le haut. Le fragment supérieur est légèrement arrondi. On devine entre les deux fragments une solution de continuité encore visible.

A la hauteur de ce foyer on constate une sorte de boursofflement de l'os, une sorte de virole de texture lâche forme une bague autour du foyer de fracture.

Plus bas, à l'union de l'épiphyse et de la diaphyse, il existe une sorte d'angulation à convexité interne. Cette angulation correspond probablement à un autre foyer de fracture où le trait se distingue mal dans l'aspect poreux et comme déchiqueté du corps de l'os.

Au niveau de la tubérosité bicipitale, gonflement fusiforme de l'os qui est en même temps raréfié.

Ces modifications donnent à l'ensemble de l'os des contours irréguliers avec des zones d'hyperostoses (surtout développées au foyer de fracture) et des zones de décalcification.

Celle-ci est surtout nette à l'extrémité inférieure du



radius dont la transparence contraste avec l'aspect du cubitus.

Un liseré de périostite court le long du bord externe du radius dans son extrémité inférieure et par sa netteté invite fortement à penser à de la S. En effet, si l'aspect radiologique est dans son ensemble celui que pourrait grossièrement réaliser une ostéo myélite chronique, la notion de fracture spontanée, du cal exhubérant et déjà signalé, la périostite certaine incline fortement vers la S. Cet os est d'ailleurs le seul touché, le cubitus est indemne.

Sur la radiographie de profil, le fragment inférieur du radius fait saillie en avant du fragment supérieur.

Fémur droit :

Présente dans sa moitié inférieure un épaississement marqué de la cavité médullaire qui est opaque dans son ensemble avec des trainées ouatées qui réunissent les deux couches compactes. Celles-ci sont très épaissies, leurs contours internes et externes se dessinent mal et ceci est d'autant plus frappant qu'elles se continuent vers le haut avec un os resté normal. Vers le bas, au contraire, les désordres s'accroissent : sur une vue de face, l'extrémité inférieure du fémur est opaque de façon homogène. La texture de l'os ne se distingue plus. On a l'impression d'un voile uniforme, d'une ostéite éburnante. Là encore, les bords de l'os sont quelque peu floconneux, indécis, sans limite nette. Les lésions s'arrêtent immédiatement au-dessus des surfa-

ces articulaires en respectant, semble-t-il, davantage le condyle interne que l'externe.

En dehors, à l'union du condyle et du bord externe, une sorte de trainée opaque réunit la diaphyse au condyle au-dessus d'une zone de raréfaction.

L'interligne articulaire est un petit peu élargie, plus en dehors qu'en dedans. C'est peut-être à ce pincement relatif de l'interligne près de la face interne que sont dues les douleurs signalées par le malade.

Sur la vue de profil, le même aspect se retrouve : disparition de l'architecture osseuse, contours comme effilochés des bords postérieurs et antérieurs.

En somme, cet aspect est très voisin de celui que l'on observe dans la maladie de Paget : épaississement des couches compactes, aspect moucheté de la substance médullaire, autant d'aspects qui apparentent les lésions de notre malade à ceux de la maladie de Paget. Mais, là encore, l'aspect irrégulier, comme velvétique, des bords, inconnu dans la maladie de Paget, est plus en rapport avec les lésions bien connues de la périostite syphilitique.

Sur le fémur gauche :

Lésions bien accentuées. A un stade tout initial la couche compacte interne à la hauteur du tiers moyen est épaissie, elle a perdu la netteté de ses contours internes qui s'effilochent dans la couche médullaire. La couche compacte externe est par contre normale.



Telles sont les lésions essentielles. On pourrait peut-être constater que l'ombre des *tibias* s'épaissit dans leur tiers moyen, une sorte de voile semble être jeté sur cette partie de l'os qui a perdu sa netteté.

Signalons encore :

une ostéite raréfiante de la tête des deux humérus ; une zone de raréfaction se dessine à la hauteur du trochiter, elle se détache en plus opaque sur une zone de raréfaction diffuse qu'elle limite par en haut une condensation à contours irréguliers. Ce mouchetage se retrouve sur la tête humérale gauche elle-même raréfiée d'une façon notable au niveau du trochiter : ici, le mélange de raréfaction et hyperostose est également typique.

Le *crâne* :

est d'aspect normal. On ne note pas de convexo-basie ni d'aspect floconneux de la voûte. Par contre la paroi de la voûte est nettement augmentée de volume et éburnée. La radio du crâne de face ne révèle rien de particulier.

Omoplates, massifs carpiens, côtes sans lésions.

En somme notre malade présente :

1° un aspect radiologique très particulier du radius qui est le siège de deux fractures et d'une décalcification diffusée qui lui donne un aspect vermoulu ;

2° un aspect nettement pagetoïde de la moitié inférieure du fémur droit ;

3° une ostéite raréfiante et pour une certaine partie même condensante des humérus. Enfin, un épaississement marqué de la voûte crânienne qui a perdu sa texture normale dans une sorte de processus d'éburnation diffuse.

On sait que la S. osseuse peut revêtir des aspects excessivement polymorphes.

Nous rappelons à ce sujet un malade présenté par MM. Milian et Horowitz qui, après des poussées d'hydarthrose, avait fait une arthropatie simulant une tumeur blanche du genou. La longue évolution de la maladie, près de 14 ans, l'épaississement considérable des extrémités osseuses, faisait suspecter la nature syphilitique de l'arthropatie. L'apparition d'une fracture spontanée par une gomme de la diaphyse, une exostose tibiale en imminence de fracture furent d'autres témoins d'une S. qui frappait électivement le squelette. Chez ce malade existait également un aspect particulier du tibia rappelant celui de la maladie de Paget.

Plus récemment, MM. Etienne May, J. Decourt et Mlle Willm ont présenté une femme âgée de 31 ans avec un syndrome de compression radiculaire basse coïncidant avec une lésion de la 4^e vertèbre lombaire donnant à la radiographie une image ouatée tout à fait inhabituelle.

La vertèbre conserve ses contours généraux, ses bords sont nets, les espaces intervertébraux ne sont pas modifiés. Mais le corps spongieux est poreux comme criblé de trous.

On conclut à la possibilité d'un angiome et à la pro-

tabilité d'une tumeur. Cliniquement, le diagnostic est très délicat. En effet, il s'agit d'une femme jeune, mais il existe un syndrome douloureux rare dans l'angiome, qui également se localise de préférence à la colonne dorsale. Les contours radiologiques sont peut-être un peu moins nets que dans les angiomes, l'aspect ouaté plus intense, mais ce sont là des nuances cliniques difficiles. La radiothérapie a échoué, les réactions sérologiques sont positives et le traitement confirme le diagnostic de S. osseuse.

On voit par ces quelques exemples le polymorphisme extrême que peut revêtir la S. osseuse.

Diagnostics radiographiques.

Dans l'observation que nous avons présentée, la S. osseuse s'affirme d'abord par ses localisations successives et multiples frappant de nombreux points du système osseux. Mais radiographiquement si l'on retrouve intriquées et bouleversant toute l'architecture osseuse des lésions de ostéopériostites simples, d'ostéite-fibreuses et scléro-gommeuses, il faut reconnaître que peuvent se discuter d'autres diagnostics.

Une ostéomyélite chronique.

Nous avons vu que l'aspect du radius rappelle de ces ostéomyélites anciennes qui sont caractérisées par des taches disséminées dans les régions juxta-épiphysaires avec réaction périostique abondante, et érosions corticales.

Elles peuvent donner également des lésions de décalcification intertrabéculaire avec tendances destructives.

D'une façon générale, dans l'ostéomyélite, les réactions de l'os sont fortes, le périoste épaissi forme un double contour à la surface de l'os ; les ossifications nouvelles sont bien ordonnées.

La maladie de Paget.

Donne un aspect d'écheveau très fin, très emmêlé, qui remplace dans les os atteints le tracé régulier des travées normales. Cet aspect de « flocon d'ouate » est très particulier. Et pourtant cet aspect caractéristique pagetoïde, nous le retrouvons dans la radiographie du fémur de notre malade. Il est vrai que nulle part ailleurs et en particulier au crâne nous ne retrouvons de signes de maladie de Paget. Signalons encore que dans l'observation de M. Milian le malade présentait également un tibia type de Paget.

L'ostéo-sacorme enfin.

Les sacormes périostiques d'une part qui peuvent se reconnaître de la forme hyperostosante de la S. aux érosions du bord de l'os à leur corticale amincie ou du moins peu nette.

D'autre part, le sacorme peut donner une résorption pure et simple du tissu osseux ou une décalcification intertrabéculaire parsemée de petites taches rondes. Image difficile à différencier de certaines formes scléro-gommeuses de la S.

En somme, la S. osseuse dans ses formes typiques ne présente pas d'ordinaire de grandes difficultés de diagnostic, mais elle revêt souvent des formes anormales. Il faut songer à la S. dans tous les cas de lésions osseuses qui ne sont pas nettement caractérisées. Rechercher cette affection par tous les moyens cliniques et sérologiques. Souvent instituer un traitement d'épreuve qui réservera quelquefois d'heureuses surprises.

En ce qui concerne notre malade, les épreuves sérologiques nous ont confirmé la S. L'interrogatoire serré de ses antécédents nous a appris l'existence d'une manifestation fort vraisemblablement spécifique. Par contre, le malade nie tout accident primaire. Cliniquement, aucune autre localisation syphilitique, le système nerveux est indemne, la tension artérielle est excellente pour un homme de 56 ans ; le cœur et l'aorte sont normaux.

Comment la S. a-t-elle évolué chez ce malade non traité ? Comment son organisme a-t-il réagi à l'infection syphilitique ?

CHAPITRE III

L'ALLERGIE SYPHILITIQUE

L'observation clinique a depuis longtemps montré que l'évolution de la S. ne rentre pas toujours dans le cadre classique que lui a donné M. Fournier ; lui-même avait déjà attiré l'attention sur des exceptions :

la S. secondaire tardive d'une part,

la para S. d'autre part, où rentrent le tabès et la P.G.

Pour expliquer ces évolutions on a soulevé deux hypothèses principales :

une dualité de virus neuro ou dermo trope,

un terrain différent suivant les sujets.

Cette notion de terrain a fait l'objet de nombreux travaux et en particulier Dujardin et Desneux de Bruxelles ont tenté de montrer l'importance dans l'évolution de la S. de l'allergie, en tentant sur cette donnée un essai de systématisation et de pronostic de la S.

Bien que ces études soient encore très discutées, il nous a semblé intéressant de voir comment pourrait y entrer notre malade, quelles concordances existent avec la clinique et la thérapeutique.

La notion d'allergie.

Le terme d'allergie fut créé par Von Pirquet en 1906 et étymologiquement a pour sens « action autre » ou « réaction autre ».

Si on injecte du sérum de cheval de 8 en 8 jours sous la peau d'un lapin, les premières injections sont bien tolérées, les autres provoquent une réaction locale intense. Cette nouvelle façon de réagir des tissus, cette hypersensibilité, c'est l'allergie.

C'est un phénomène analogue au phénomène de Koch, exemple classique d'allergie : le cobaye tuberculisé réagit à une nouvelle inoculation par une lésion locale très forte capable d'éliminer les tissus atteints et les B.K.

Cette réaction allergique est le produit d'un double processus de résistance et d'hypersensibilité. « En réalité, ces deux ordres de phénomènes ne révèlent pas de processus différents et contraires, ils ne sont que les deux aspects de l'immunité, témoignant au même titre de la modification humorale provoquée par la première infection » (Léon Bernard).

L'allergie au cours de la syphilis.

Expérimentalement, ces résultats ont été fort bien étudiés par Gastinel et Boutelier. On sait qu'à la période primaire les réinoculations successives déterminent des accidents de types primaires mais présentant deux caractères essentiels :

un raccourcissement de la durée d'incubation ;

l'aspect de la lésion de réinoculation s'éloigne d'autant plus du chancre syphilitique que cette inoculation a été faite à une date plus éloignée du début du chancre, bientôt il ressemble à une papule (Marcel Pinard).

Pendant la période secondaire classiquement la S. n'est pas reinoculable. Bien que difficile elle est réalisable et offre le tableau classique des papules spécifiques.

Pendant la période tertiaire, les lésions reproduisent les lésions ulcéreuses ou gommeuses de cette période.

Les auteurs concluent de ces faits que la S. ne confère pas l'immunité, mais que la primo infection détermine des modifications telles que le sujet réagit autrement.

Allergie, anergie, état réfractaire, traduisent les modifications profondes que le virus syphilitique imprime au terrain organique.

Que se passe-t-il en fait ?

Pour Dujardin, il est préférable de considérer une S. sans traitement, car, dit-il, malgré quelques échecs du traitement, tous les cas favorables lui sont attribués en faisant peut-être trop abstraction de la lutte de l'organisme.

Livrée à elle-même, la septicémie à tréponème suite du chancre est bien supportée. Les symptômes dit secondaires s'évanouissent. Pendant des années le tréponème se contentera d'une activité sourde, l'organisme lui ne pourra s'en débarrasser. La S. pourra aboutir aux désorganisations graves de l'aortite, du tabès, de la P.G., mais le plus

souvent l'organisme renforce sa défense. Il suffit de comparer, nous dit Dujardin, « la masse volumineuse d'une gomme cutanée à la masse d'une papule secondaire. Un nouveau facteur est intervenu : l'allergie. Il ne s'agit pas d'une exaltation de virulence puisque le tréponème est moins abondant dans la gomme que dans la papule, il n'y a pas d'adénopathie satellite : c'est bien un nouvel effort de défense ».

Quelles conclusions peut-on tirer de cette notion d'allergie ?

Cette notion d'allergie serait susceptible d'expliquer dans une bonne mesure les deux grandes formes évolutives de la S.

La S. tertiaire qui serait allergique.

La para S. laquelle serait anallergique.

L'allergie étant considérée comme un effort défensif de l'organisme, on voit tout l'intérêt que son apparition ou sa non apparition peut avoir au point de vue pronostic.

Pour Dujardin cette théorie est étayée par le fait que la S. tertiaire gommeuse est très sensible au traitement, elle s'oppose à la para S. anallergique rebelle à la même thérapeutique. Même dans les S. nerveuses l'étude des réactions méningées montrerait son apparition : réaction fixe tendant vers la chronicité dans le tabès ou dans la P.G., réaction violente mais rapidement apaisée et tendant vers la guérison au cours de la S. cérébrale tertiaire.

Comment déceler l'allergie syphilitique ?

On a tenté de faire pour la S. un produit comparable à ce qu'est la tuberculine pour déceler l'allergie tuberculeuse. La luetine de Noguchi, la pallidine de Fischer et Klausner sont des produits rares et peu maniables ; en outre, on peut contester leur spécificité stricte : la luétine est formée du complexe tréponème tué plus milieu de culture, la pallidine n'est qu'un extrait global de poumons d'hérédosyphilitique.

Peut-on se passer de réactif purement spécifique ?

L'hypersensibilité des tissus syphilitiques est-elle limitée aux extraits de tréponème ?

Dujardin et Dupréz soutiennent que cette sensibilité cutanée se manifeste aussi dans la S. pour des substances dépourvues de toutes spécificités : extrait concentré de foie normal, milieu de culture de Noguchi sans tréponèmes, protéines banales enfin comme le lait ou le sérum de cheval.

Ainsi une forte sensibilité à la tuberculine s'accompagne d'une forte sensibilité à l'intra-dermo réaction au lait de vache. « Tout nous conduit, disent ces auteurs, à admettre une véritable inter-dépendance des allergies, l'une étant capable d'influencer l'autre ». Cette inter-dépendance des allergies, les auteurs la montrent expérimentalement en faisant trois intra-dermo réactions au sérum de cheval, au lait, à la tuberculine. Puis une injection de quelques centimètres cubes de sérum de cheval. Une dizaine de jours plus tard, ils constatent qu'en même temps

que l'allergie spécifique s'exalte la sensibilité aux deux autres substances.

Conception de l'allergie.

« Il est rationnel de compléter notre conception de l'allergie ; une sensibilisation ne reste jamais rigoureusement spécifique, elle entraîne une hypersensibilité souvent très large à d'autres substances microbiennes ou toxiques ».

Une cuti-réaction pourrait donc être interprétée comme l'addition d'une allergie spécifique et d'une hétéro-allergie.

Les auteurs concluent :

que la capacité allergique est une constituante du terrain :

que cette constituante du terrain est mesurable du fait des hétéro-allergie ; on peut substituer à la luétine peu maniable le lait de vache, la tuberculine, ou le sérum de cheval.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Comment faut-il considérer notre malade en prenant comme base ces notions d'allergie syphilitique ?

Chez notre malade, la S. a frappé électivement le système osseux ; comme nous l'avons déjà signalé l'infection syphilitique ne se révèle chez lui par aucun autre trouble, l'examen clinique s'est révélé entièrement négatif. Les réactions sérologiques montrent qu'il s'agit d'une S. en activité ; tout nous entraîne à croire que nous nous trouvons vraisemblablement en présence d'une S. tertiaire qui serait allergique. Le traitement en effet semble confirmer cette hypothèse, mais ne peut l'affirmer car il a été institué depuis trop peu de temps. Signalons toutefois que les douleurs ont considérablement diminué, le malade a retrouvé le sommeil et peut commencer à se déplacer dans la salle.

Il a été fait une intra dermo réaction au sérum de cheval suivant la technique préconisée par MM. Dujardin et Desneux : 0,2 cc d'hémostyl pur. Cette épreuve est restée complètement négative.

Nous n'avons pas l'intention de juger, surtout sur un cas isolé, la valeur de la doctrine allergique et de ses

moyens de contrôle, mais nous nous bornons à signaler que dans le cas particulier que nous avons présenté nous n'avons pu la vérifier.

En résumé, nous concluons à une S. osseuse et uniquement osseuse avec aspects radiographiques complexes mais dont certains sont caractéristiques de la spécificité, seules manifestations d'une S. non traitée qui a évolué sur un terrain en état d'allergie.

Vu : *le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *le Président*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris.
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- MILLIAN. — S. des os et des articulations. Traité de médecine et de thérapeutique (Gilbert et Thoinot).
- VALIADES. — Etude sur la S. osseuse. Thèse Paris 1915-1916.
- Revue française de Dermatologie et Vénérologie.* — Juillet 1931. Images radiographiques de la S. osseuse (Gadrat).
- MILLIAN et HOROWITZ. — S. ostéo articulaire à localisation osseuse multiple avec fracture spontanée et Paget. Bulletin Société Française de dermatologie et de syphiligraphie.
- Bulletin de la Médicale des Hôpitaux.* — 17 juin 1932.
- BIZZORERO et BERNUCCI. — Allergie et super infection dans la S. Annale de dermatologie et syphiligraphie, juillet 1928.
- GOUGEROT et PEYRE. — Proteinothérapie de la S. par intradermo réaction de protéine non spécifique (Monde médical 1^{er} décembre 1927).
- Société Médicale Hôpitaux de Lyon.* — 1^{er} mars 1910, réaction de S. à la tuberculine.
- MORHARD (P.E.). — Réinfection, surinfection et allergie dans la S. Presse Médicale, 1929, 13 mars.

- GOUMETON. — L'allergie dans la S. son étude par l'intra-dermo réaction au sérum de cheval. Thèse Paris, 1930.
- GOUGEROT. — Protéino pronostic de la S. par intra dermo non spécifique. Monde médical, 1^{er} décembre 1927.
- GASTINEL et BOUTELIER. — L'allergie dans la S. Bulletin médical du 25 juillet 1923.
- DUJARDIN et DECAMPS. — Influence d'une sensibilisation expérimentale sur l'allergie et les hétéro-allergies. Bulletin de la société royale des Sciences Médicales et Nationales de Bruxelles, 1924.
- DUJARDIN. — L'allergie au cours de la S. Paris Médical, 1^{er} mars 1924.
- Un essai de systématisation de la S.
 - Allergie dans la S. et dans la tuberculose. Annales de médecine, août 1923.
- LELONG. — Anergie et S. Paris médical, 30 juin 1923.
- LELONG et RIVALIER. — L'anergie syphilitique. Société de biologie. Février 1923.
- KLAUSNER. — Cuti réaction à la ruétine. P.M. 12 juin 1923.
- NAUGUCHI. — Résultats de la cuti réaction à la luétine. Paris médical. Septembre 1913. Octobre 1918.

